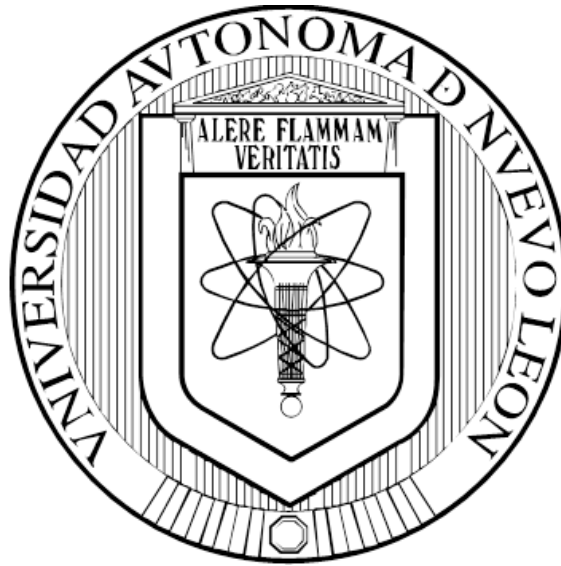


**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE MEDICINA**



**EVALUACIÓN DEL PERFIL PSICOSOCIAL DEL CUIDADOR
PRINCIPAL DEL ADULTO MAYOR INGRESADO POR
FRACTURA DE CADERA SECUNDARIA A CAÍDA**

POR

ANDRÉS GERARDO BARRAGÁN RODRÍGUEZ

**COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRÍA EN PSICOTERAPIA CLÍNICA Y HOSPITALARIA**

JULIO, 2019

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE MEDICINA**



**EVALUACIÓN DEL PERFIL PSICOSOCIAL DEL CUIDADOR
PRINCIPAL DEL ADULTO MAYOR INGRESADO POR
FRACTURA DE CADERA SECUNDARIA A CAÍDA**

POR

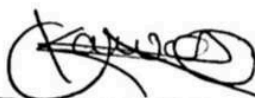
ANDRÉS GERARDO BARRAGÁN RODRÍGUEZ

**COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRÍA EN PSICOTERAPIA CLÍNICA Y HOSPITALARIA**

JULIO, 2019

**EVALUACIÓN DEL PERFIL PSICOSOCIAL DEL CUIDADOR
PRINCIPAL DEL ADULTO MAYOR INGRESADO POR
FRACTURA DE CADERA SECUNDARIA A CAÍDA**

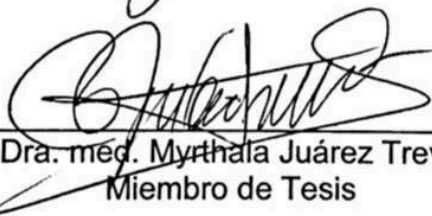
Aprobación de la tesis:



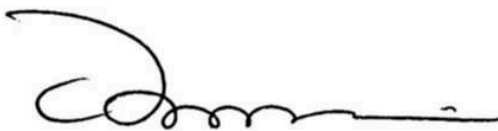
Dr. Omar Kawas Valle
Director de Tesis



Dr. med. Víctor Manuel Peña Martínez
Co-Director de Tesis



Dra. med. Myrthala Juárez Treviño
Miembro de Tesis



Dr. med. Felipe Arturo Morales Martínez
Subdirector de Estudios de Postgrado

AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIA

Agradezco enormemente a todas las personas involucradas en la realización de este proyecto: Al Dr. Omar Kawas, al Dr. med. Victor Manuel Peña y a la Dra. med. Myrthala Juárez, por su valiosa asesoría hacia el rumbo de esta investigación, así como también le doy gracias al Dr. Manuel Gardea y a Abraham Mireles por ayudarme a sacar este trabajo adelante.

Aprovecho para extender mi agradecimiento al Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” por siempre brindar toda su atención hacia mi formación profesional. Estaré siempre agradecido por la sabiduría de mis profesores, la pasión de mis colegas y la resiliencia de mis pacientes que constantemente inspiraron mi crecimiento como persona.

Por último, nada de esto pudo haber sido posible si no hubiera tenido el amor incondicional de mi familia. Dedico este trabajo a mi padre, madre, hermano y hermana. Muchas gracias por todos sus consejos y muestras de apoyo.

TABLA DE CONTENIDOS

Capítulo	Página
1. INTRODUCCIÓN	1
2. MARCO TEÓRICO	3
3. ANTECEDENTES	8
4. JUSTIFICACIÓN	11
5. OBJETIVO GENERAL	13
5.1 Objetivos específicos	13
5.2 Hipótesis	13
6. METODOLOGÍA	14
6.1 Diseño del estudio y participantes	14
6.2 Tamaño de muestra	14
6.2.1 Fórmula de tamaño de muestra	14
6.3 Recolección de datos	15
6.4 Factores de estudio e instrumentos de medición	15
6.5 Variables	17
6.6 Procedimiento de evaluación	18
6.7 Análisis de datos	18
6.8 Consideraciones éticas	19
7. RESULTADOS	20
8. DISCUSIÓN	32
9. CONCLUSIÓN	37

BIBLIOGRAFÍA	38
APÉNDICES	44
APÉNDICE A. CUESTIONARIO SOBRE CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	45
APÉNDICE B. ESCALA PARA MEDIR LAS HABILIDADES DE CUIDADO DE CUIDADORES FAMILIARES DE PERSONAS CON ENFERMEDAD CRÓNICA	48
RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO	51

LISTA DE TABLAS

Tabla	Página
I: Definiciones operativas de las dimensiones evaluadas	7
II: Evaluación del perfil psicosocial del cuidador	16
III: Variables	17
IV: Resultados estadísticos de la escala	29
V. Resumen de características sociodemográficas de cuidadores	30-31

LISTA DE FIGURAS

Figura	Página
1: Sexo de los cuidadores	21
2: Sexo de los pacientes	21
3: Grupo etario de los pacientes	21
4: Paciente residirá con familiar	22
5: Lugar de residencia	22
6: Nivel educativo	23
7: Estado civil actual	23
8: Relación de parentesco con el paciente	24
9: Número de hijos	24
10: Religión/practicante	25
11: Vida social activa	25
12: Actividad física regular	26
13: Situación laboral	26
14: Ingreso económico mensual	27
15: Fuente principal de ingreso	27
16: Consumo de sustancias	28

RESUMEN

Propósito y Metodo del Estudio: Las fracturas de cadera secundaria a caída se han convertido en la causa más frecuente de internamientos en unidades de Ortopedia y Traumatología para pacientes geriátricos. Debido a su prolongado tiempo de recuperación, es indispensable contar con el apoyo de cuidadores dentro y fuera del hospital. Estos cuidadores principales típicamente suelen ser familiares del paciente internado y no cuentan con la formación profesional de la atención del cuidado. Esta nueva responsabilidad hacia el cuidado del adulto mayor, trae consigo cambios y modificaciones personales, laborales y sociales a estos familiares que pueden llegar a ser físicamente y emocionalmente desgastantes. Estos problemas no solo llegan a afectar al cuidador, sino también repercute en la calidad del cuidado y por ende terminan también perjudicando el tratamiento y recuperación del paciente. En el presente trabajo se evaluó el perfil psicosocial de cuidadores principales e informales de pacientes de tercera edad, internados en el Departamento de Ortopedia y Traumatología del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”, por fractura de cadera secundaria a caída. En la elaboración del cuestionario psicosocial se contemplaron las características sociodemográficas y las habilidades de cuidado de estos cuidadores. Para la realización de este trabajo se diseñó un estudio poblacional, observacional, transversal, prospectivo y no ciego en donde se incluyeron todos los sujetos que cumplieran con los criterios de inclusión durante el plazo de un año. Se incluyeron 51 cuidadores principales informales que respondieron al cuestionario diseñado y posteriormente describir los hallazgos a través de un análisis estadístico.

Contribuciones y Conclusiones: La mayoría de los cuidadores principales e informales identificados fueron mujeres (90.2%), con una edad media de 50.39 años. Bajo nivel educativo, pocas horas de sueño, desempleo y un ingreso económico mensual igual o por debajo del promedio fueron características frecuentemente observadas en esta población. En cuanto a las habilidades de cuidado, se observó una tendencia del proveedor de atención a sobrevalorar sus habilidades de cuidado. En conclusión, los perfiles psicosociales de los cuidadores sugieren que los familiares pueden no estar social, personal y económicamente preparados para adquirir la responsabilidad del cuidado, poniendo a los pacientes y a sí mismos en riesgo de complicaciones. Por lo tanto, la capacitación de familiares para el cuidado debe ser una prioridad en la atención de los pacientes geriátricos con fractura de cadera secundaria a caídas.



Director de Tesis

CAPÍTULO 1

INTRODUCCIÓN

El incremento en la esperanza de vida asociado a los avances en la medicina moderna ha provocado un aumento en la incidencia de enfermedades propias del adulto mayor y, en consecuencia, mayor atención y recursos se han destinado al tratamiento de estas patologías. En los últimos cincuenta años se ha observado un aumento en la incidencia de fractura de cadera secundaria a caídas de propia altura en el adulto mayor, convirtiéndose en la causa más frecuente de internamiento en unidades de Ortopedia de pacientes geriátricos (1). El abordaje quirúrgico suele ser el tratamiento de elección en estos pacientes, lo que conlleva tiempos de hospitalización y recuperación prolongados (2). Debido a que el tiempo de rehabilitación de fractura de cadera es de larga duración, entre tres y seis meses (3), es indispensable tener la presencia y ayuda de un cuidador que se encargue de atender a estos pacientes.

Las responsabilidades del cuidador hacia la atención del paciente incrementan aún más cuando se trata del cuidado de un adulto mayor. La fragilidad y la pérdida de autonomía, características del adulto mayor, demandan que el cuidador haga cambios y modificaciones a su estilo de vida y aspectos personales, sociales y laborales para poder adaptarse a estas nuevas necesidades. Con el paso del tiempo estos cambios y estas nuevas responsabilidades pueden ser físicamente y emocionalmente desgastantes para el cuidador (4). Debido a lo anterior, la atención integral de los adultos mayores con fractura de cadera secundaria a caída debe incluir una evaluación de las

características sociodemográficas y de habilidad de cuidado de los futuros cuidadores. Poca investigación se ha hecho en investigar cuáles son los perfiles psicosociales de esta población de cuidadores principales. A través del presente estudio se pretende describir las características sociodemográficas y las habilidades de cuidado de los cuidadores informales principales para contribuir en la formulación de estrategias terapéuticas, preventivas y de rehabilitación que integren tanto las características del paciente con fractura de cadera como las de su cuidador.

CAPÍTULO 2

MARCO TEÓRICO

La fractura de cadera se define como la fractura del fémur proximal hasta cinco centímetros por debajo del borde inferior del trocánter menor. Este tipo de fractura se asocia típicamente a caídas y representa, en el adulto mayor, la razón más frecuente para internamientos en centros ortopédicos (1). Con el aumento en la esperanza de vida, se estima que la incidencia de fracturas de cadera continúe incrementando exponencialmente (5). En México, se estima que una de doce mujeres y uno de cada veinte hombres, arriba de los cincuenta años de edad, van a sufrir una fractura de cadera. El número de casos que se estima que ocurra para el 2050 en México es de 110,000, lo que representa un aumento de 431% comparado con los 21,000 casos que se calcularon que hayan ocurrido durante el 2005 (6). Además de demostrar una alta incidencia en la población geriátrica, la fractura de la cadera significativamente aumenta la mortalidad, afecta la calidad de vida y eleva los gastos relacionados a su tratamiento en este grupo poblacional (5). Dada la fragilidad clínica que la población del adulto mayor representa, los procesos de rehabilitación de fractura de cadera son de larga duración. La fase de la rehabilitación física ocurre en los primeros tres meses después de la fractura, sin embargo, la recuperación total de la fractura puede llegar a durar seis meses (3). Comúnmente una gran parte del proceso de recuperación ocurrirá fuera del hospital. Por ende, el éxito de la rehabilitación depende en gran medida de la presencia de un cuidador y de la calidad de su cuidado (2).

Se define como cuidador a cualquier persona que ayuda a otro realizar todas las tareas y funciones que normalmente haría diariamente si no fuera por la presencia de una discapacidad o incapacidad física o mental (7). El cuidador puede ser de tipo formal, cuando se le asigna la tarea a un profesional que aborda una asistencia de calidad institucional, o un cuidador de tipo informal (8). Los cuidadores informales no son remunerados por su cuidado del paciente y no necesariamente tienen el conocimiento o el entrenamiento profesional para el tipo de atención (9). Típicamente, el rol del cuidador informal lo toma un miembro de la familia del paciente. Lo más común es que este rol lo adopten las mujeres de la familia, así como los hijos o hijas del paciente. La edad promedio de quien funge este rol oscila entre los 48 a 57 años (2,10). Así como se prevé que la incidencia de fractura de cadera en personas de la tercera edad aumente con el tiempo, se estima que el número de cuidadores informales también crezca de forma significativa (11).

Dado el nivel de dependencia que los pacientes de tercera edad con fractura de cadera representan, adoptar el rol de cuidador demanda de mucha responsabilidad. Esta demanda se aumenta cuando el paciente recibe el alta médica y regresa a casa, ya que el número de actividades diarias incrementa, lo que responsabiliza más al cuidador (4). Aceptar el cuidado del paciente también implica una reestructuración en la dinámica personal, familiar, laboral y social del cuidador para poder acomodar estas nuevas responsabilidades. Este nuevo aumento en el trabajo puede causar una sobrecarga en el cuidador que se distingue por deficiencias psicológicas y funcionales que se ven afectadas por los cambios en su vida social, los cargos financieros que conlleva el paciente,

disfunciones en los roles modificados y la interrupción de rutinas familiares (12,13). Con relación a la salud mental, los cuidadores informales reportan un mayor número de problemas con el sueño en comparación con individuos sin este rol. Los problemas de sueño se asocian a distintos efectos adversos en la memoria, cansancio físico y estrés mental, lo que puede ultimadamente culminar con síntomas depresivos (14). Igualmente, cuidadores informales que reportan bajo dominio de control del cuidado, sobrecarga en el cuidado de otras actividades y pobre apoyo social también reportan un aumento en síntomas de depresión (15). Tanto el estrés físico como el mental ocasionados por el cansancio del cuidado y por carencia de un apoyo adicional hace que los cuidadores no puedan ofrecer el cuidado ideal que estimularía la independencia del funcionamiento del paciente de tercera edad (16,17).

Ya que el trabajo de ser cuidador tiene implicaciones físicas y mentales en las personas, es importante conocer el perfil psicosocial de los individuos que van a tomar informalmente este rol. Las descripciones que se obtienen de este tipo de perfiles pueden tomarse en consideración para tener una referencia de la calidad de vida del tipo de individuos que normalmente atenderían a estos pacientes. Es relevante tener esta información porque, como ya se mencionó, la calidad del cuidado del paciente se puede ver afectado por la calidad de vida que esta sobrellevando el cuidador principal (18). Específicamente, se observa que hay una correlación inversa entre estos dos factores; entre más sobrecarga física, mental, y emocional siente el cuidador, menor es la calidad de cuidado que éste le dedica al paciente (11). De este modo, el perfil psicosocial del presente estudio incluye una descripción sociodemográfica del cuidador principal e informal. Las

descripciones sociodemográficas ofrecen información como la edad, género, lugar de residencia, nivel de escolaridad, estado civil, relación de parentesco con el paciente, el número de hijos, las horas de sueño, el nivel de ingresos económicos y la calidad de vida social y física del cuidador. Esta información es importante porque la literatura señala que factores como los estados económicos y de parentesco con el paciente se asocian a mayores cargas emocionales en el cuidador (4).

Por último el perfil psicosocial del cuidador también incluirá la evaluación de la habilidad del cuidador al cuidado, ya que el significado que éste le otorga a la tarea es definitiva para el sentimiento de bienestar del paciente (19). Se entiende la habilidad del cuidador al cuidado como el desarrollo de la capacidad del individuo para realizar acciones que ayuden al otro crecer y mejorar (20). Esta habilidad de cuidado se mide en términos de paciencia, valor y del conocimiento de entender al otro como una persona con necesidades únicas (19). Para evaluar estas características, Lucy Barrera (2008) desarrolló la escala *Habilidad de cuidado de cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica* que cuenta con una confiabilidad de $\alpha=.77$ (21). Creada dentro de la línea de investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, esta escala conceptualiza la habilidad de cuidado como la capacidad que tiene el cuidador para establecer la relación, la comprensión y la modificación de la vida de pacientes (Barrera, 2008). Adicionalmente, esta escala especifica que se trate de cuidadores familiares, o informales, de pacientes con enfermedades crónicas. Dado que su propósito es evaluar la habilidad del cuidado de pacientes de calidad dependiente, la escala se puede aplicar para

evaluar el cuidado a pacientes de tercera edad con fractura de cadera. La escala es auto-aplicable y consta de 48 ítems tipo Likert que se agrupan bajo tres dimensiones: relación, comprensión y cambio en la rutina (Tabla 1). De esta forma, la habilidad varía dependiendo de si el cuidador le otorga significados motivacionales a la tarea o si lo ve simplemente como una obligación que se debe de cumplir (22).

Basado en lo descrito hasta el momento, el perfil psicosocial del cuidador para el presente estudio estará compuesto por una descripción sociodemográfica y una evaluación de la habilidad del cuidador al cuidado para entender cómo éste conceptualiza la tarea.

Relación	Define la satisfacción del cuidador con la interacción mantenida con el paciente, estrategias de afrontamiento de eventos adversos, carga global que representa la enfermedad para el cuidador y el impacto que ésta ha tenido en la día. Evalúa la habilidad para observar, escuchar y brindar apoyo (21,23).
Comprensión	Evalúa la capacidad de entendimiento, aprendizaje de la situación que atraviesa el enfermo y el manejo de los tratamientos (21,23).
Cambio en la rutina	Cambios adoptados por el cuidador, roles que asume y modificaciones que debe realizar a su rutina cotidiana para cumplir con sus obligaciones adquiridas (21,23).

Tabla I: Definiciones operativas de las dimensiones evaluadas por la *Escala para medir la habilidad de cuidado de cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica*.

CAPÍTULO 3

ANTECEDENTES

En el estudio realizado por Siddiqui y colaboradores, de tipo cohorte y prospectivo, se evaluó la presencia de estrés en cuidadores de pacientes de tercera edad con fracturas de cadera (24). En esta investigación se entrevistó a 76 cuidadores al momento de admisión del paciente al hospital y luego después de seis meses. El nivel de estrés se midió usando la *Caregiver Strain Index* que mide la carga en el cuidador y se encontró que 45 de los 76 cuidadores (59.2%) se sentían significativamente estresados en la primera entrevista de admisión, mientras que a los seis meses, 30 de los cuidadores (50%) se seguían sintiendo significativamente estresados. Se asoció que el principal causante de estrés en el cuidador está relacionado a las implicaciones financieras del tratamiento (24).

En un estudio longitudinal hecho por Cameron y colaboradores, se evaluó a cuidadores informales después de un año de cuidado de pacientes clínicamente graves y se encontró que un porcentaje substancial de cuidadores pueden estar en riesgo de padecer trastornos de depresión (25). Se investigó que factores de riesgo incluyen carencias en apoyo social y sobrecarga en otras actividades diarias. Por otra parte, se señaló que cuidadores con mayor edad, con mayores ingresos, con apoyo social, con sentido de control y que cuidan de su pareja tienen mejor pronóstico de salud. Los autores también reportaron que las características de los pacientes (diagnóstico, tiempo de internamiento en hospital, severidad de patología, y habilidad de realizar actividades diarias) no se asocian con peores resultados para el cuidado del cuidador (15).

En otro estudio similar de tipo prospectivo y de cohorte, Ariza-Vega y colaboradores, describieron el perfil y la evolución de carga en cuidadores informales de pacientes con fractura de cadera (26). Se evaluó 172 cuidadores de pacientes internados en el servicio de traumatología en el sur de España entre enero del 2009 y enero del 2010. Los datos se recolectaron por medio de 4 entrevistas en diferentes puntos de tiempo: en el hospital, a un mes, a tres meses y al año. Se recopiló información sociodemográfica del cuidador y del paciente y se le aplicó la escala *Caregiver Strain Index*. Los autores concluyeron que la edad promedio de los cuidadores es de 53 años, la mayoría tienden a ser mujeres y que la relación de parentesco más común es la de padre/madre con hija, lo cual es consistente con los resultados descritos por de Ávila y colaboradores (2). Adicionalmente el estudio encontró que la carga de cuidado aumenta con edades mayores del paciente, y disminuye con edades mayores del cuidador (26).

El único estudio identificado en México que evaluara las habilidades de cuidado de cuidadores informales fue uno realizado por Ramírez Alvarado en el 2012. En este estudio descriptivo y correlacional, se entrevistó a 200 cuidadores de adultos con diabetes mellitus tipo 2 en el Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” en Monterrey México, centro médico en donde también se realizó nuestro estudio. En dicha investigación se cuestionaron aspectos sociodemográficos de los cuidadores y se les aplicó la *Escala para medir la habilidad de cuidado de cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica* de Barrera (22,23). La autora identificó que la mayoría de los cuidadores de los pacientes eran mujeres, mayores de edad, hijas de los pacientes y dedicadas al hogar. Adicionalmente, se encontró que la mayoría de los

cuidadores reportaron tener una habilidad de cuidado de medio a alto nivel (23).

CAPÍTULO 4

JUSTIFICACIÓN

Si bien hay investigaciones enfocadas en estudiar los perfiles psicosociales del cuidador informal en Latinoamérica, la mayoría de los estudios ofrecen resultados que provienen de poblaciones de Brasil. Hace falta literatura que describa los perfiles psicosociales de los cuidadores mexicanos. Además, el hecho de que la población de pacientes de tercera edad este significativamente aumentando en México conlleva a que se espere un aumento en cuidadores informales en el país.

Se a mencionado que la rehabilitación del paciente geriátrico con fractura de cadera depende en gran medida del esfuerzo del cuidador informal. Dada esta carga adicional de demanda, el cuidador informal tiende a estar en una posición de riesgo para desencadenar cuadros de sobrecarga que acarrea a problemas económicos, emocionales y psicológicos. Se a señalado en estudios que estas consecuencias se asocian a características sociodemográficas y psicológicas que se describen a través de un perfil psicosocial del cuidador. Investigar estos perfiles no solo ayudaría a describir al cuidador informal promedio de México, sino también ayudaría a ubicar cuales son las características asociadas a riesgo más comunes de esta población específica. Es importante que esta vulnerabilidad en el rol del cuidador se tome en consideración ya que termina afectando la calidad del cuidado que se le ofrece al paciente. Por ende, un tratamiento holístico consideraría no solo la rehabilitación del paciente sino también el bienestar general de su futuro cuidador.

Por último, este estudio forma parte de un proyecto más amplio que busca mejorar el servicio de tratamiento para pacientes de tercera edad con fractura de cadera que ingresan al centro de traumatología del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” en Monterrey, México. Bajo este proyecto general, también se a buscado describir los perfiles psicosociales de los pacientes de tercera edad con fractura de cadera del mismo centro hospitalario. El objetivo final es que ese estudio y el presente se utilicen para desarrollar estrategias integrales de prevención de caídas y de mejora de recuperación, para así poder brindar un mayor tratamiento que contemple el bienestar del paciente y la de su cuidador.

CAPÍTULO 5

OBJETIVO GENERAL

Establecer el perfil psicosocial del cuidador informal y principal en pacientes de tercera edad con fractura de cadera secundaria a caída de propia altura del Departamento de Ortopedia y Traumatología del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” en un periodo de evaluación de marzo del 2018 a febrero del 2019.

5. 1 Objetivos específicos

1. Describir el perfil sociodemográfico del cuidador informal y principal de pacientes de tercera edad con fractura de cadera secundaria a caída de propia altura.
2. Evaluar la habilidad de cuidado del cuidador informal y principal.

5.2 Hipótesis

Ya que se trata de un estudio descriptivo, el presente no tiene una hipótesis de investigación.

CAPÍTULO 6

METODOLOGÍA

6.1 Diseño del estudio y participantes

Se trata de un estudio poblacional, observacional, transversal, prospectivo y no ciego de casos en Monterrey, Nuevo León México. Los casos elegibles fueron los cuidadores principales e informales (i.e. cuidadores que van a adoptar el cuidado del paciente después de la hospitalización y sin la formación profesional de cuidado) de pacientes de 65 años o más ingresados al Departamento de Ortopedia y Traumatología del Hospital Universitario “José Eleuterio González” por diagnóstico de fractura de cadera secundario a caída, que estos cuidadores acepten formar parte del estudio y que se encuentren en condiciones de responder las encuestas. Los criterios de exclusión definen a individuos que no son los cuidadores principales de pacientes o que sean cuidadores formales. Como criterio de eliminación se encuentran cuidadores principales e informales que decidan retirarse del estudio durante la aplicación de los cuestionarios.

6.2 Tamaño de muestra

El presente estudio analizó a todos los pacientes que cumplan en conformidad, con los criterios de selección establecidos, por lo que al ser un estudio poblacional, no aplica la determinación de un tamaño de muestra.

6.2.1 Fórmula de tamaño de muestra

No aplica, el presente estudio es de carácter poblacional.

6.3 Recolección de datos

Tomando como referencia la literatura existente sobre medición y determinantes del cuidado, factores psicosociales y una escala relacionada con las características del cuidador fueron incluidos en un cuestionario con un componente hetero-aplicable, que evalúa los factores sociodemográficos por personal capacitado, y un componente auto-aplicable, que evalúa la habilidad del cuidador hacia el cuidado, por cuidadores principales e informales de pacientes de tercera edad con fractura de cadera ingresados en el Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”.

6.4 Factores de estudio e instrumentos de medición

La evaluación del perfil psicosocial se dividió en dos categorías: 1) las características sociodemográficas y 2) la habilidad del cuidador hacia el cuidado; según el componente evaluado, las respuestas podrán ser dicotómicas o de opción múltiple (Tabla 2).

Cuestionario de datos sociodemográficos: Los componentes incluidos en el presente estudio son: edad, género, lugar de residencia, nivel educativo, estado civil actual, relación de parentesco con el paciente, número de hijos, religión/practicante, vida social, actividad física, horas de sueño, situación laboral actual, ingreso económico mensual (de acuerdo a la clasificación económica realizada por el Departamento de Trabajo Social de nuestra institución), fuentes de ingreso y consumo de alcohol/tabaco.

Cuestionario de la habilidad del cuidador hacia el cuidado: Se aplicó la escala *Habilidad de cuidado de cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica* de Lucy Barrera (22).

Perfil Psicosocial	
Características sociodemográficas	Características de la habilidad del cuidado
<ul style="list-style-type: none"> • Edad • Género • Lugar de residencia • Nivel educativo • Estado civil actual • Relación de parentesco • Número de hijos • Religión/practicante • Vida Social • Actividad física • Horas de sueño • Situación laboral actual • Ingreso económico mensual • Fuente de ingreso • Consumo de alcohol/tabaco 	<ul style="list-style-type: none"> • Escala – <i>Habilidad de cuidado de cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica</i> de Lucy Barrera

Tabla II: Evaluación del perfil psicosocial del cuidador

6.5 Variables

Nombre de la variable	Tipo de variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala	Fuente de información
Fractura de cadera	Independiente	Fractura del fémur proximal hasta cinco centímetros por debajo del borde inferior del trocánter menor.	Fractura de fémur proximal secundario a caídas.	Expediente clínico	(1)
Caídas en el adulto mayor	Independiente	Evento traumático cuya ocurrencia esta potenciada por condiciones médicas y psicosociales, así como disfunciones sensoriomotoras, de la marcha y del equilibrio.	Ingreso al hospital por caída de propia altura.	Expediente clínico	
Cuidador principal	Dependiente	Persona principal que ayuda a otro realizar todas las tareas y funciones que normalmente haría al día a día si no fuera por la presencia de una discapacidad o incapacidad física o mental.	Persona responsable que se va a encargar de atender al paciente después de el egreso médico.		(7)
Cuidador informal	Dependiente	Los cuidadores informales no tienen el entrenamiento profesional, no son reenumerados por el cuidado del paciente y no necesariamente tienen el conocimiento para implementar correctamente el tipo de cuidado adecuado.	Miembro de familia que vaya a atender al paciente después de el egreso médico.		(9).
Sobrecarga del cuidador	Dependiente	Deficiencias psicológicas y funcionales que se ven afectadas por los cambios en vida social, los cargos financieros que conlleva el paciente, disfunciones en los roles modificados y la interrupción de rutinas familiares.	Deficiencias psicológicas y funcionales afectadas por cambios en la rutina y en responsabilidades.		(12) (13)
Habilidad del cuidador al cuidado	Dependiente	El desarrollo de la capacidad del individuo para realizar acciones que ayuden al otro crecer y mejorar.	Se mide en términos de paciencia, valor y del conocimiento de entender al otro como una persona con necesidades únicas	Escala – <i>Habilidad de cuidado de cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica</i>	(20) (19) (21)

Tabla III: Variables

6.6 Procedimiento de evaluación

La evaluación se realizó en el Departamento de Ortopedia y Traumatología del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” mientras los pacientes pertinentes al estudio cursaban su internamiento para manejo, ya sea quirúrgico o conservador, de fractura de cadera secundaria a caída. Después de identificar a los cuidadores principales e informales de los pacientes en el área de hospitalización, se les explicó el proceso de evaluación y se les solicitó su consentimiento informado verbal, y en el caso de haber contado con su anuencia, se procedió a aplicar la evaluación. La evaluación consistió en un cuestionario hetero-aplicable y fue administrado por personal capacitado en su aplicación (residentes, médicos pasantes, médicos internos de pregrado) y un componente auto-aplicable que fue realizado por el participante. Debido a la extensión del cuestionario, éste pudo haber sido aplicado en hasta dos sesiones en caso de que el sujeto lo hubiera solicitado o si el entrevistador lo consideró pertinente, sin que habrían transcurrido más de 48 horas entre cada una de las sesiones de aplicación (Apéndices A y B).

6.7 Análisis de datos

Se recabaron todos los datos en una base desarrollada en el programa Excel y posteriormente se analizó mediante el programa SPSS; se obtuvieron todos los estadísticos descriptivos tradicionales para las variables cuantitativas y las frecuencias en las de tipo cualitativo.

6.8 Consideraciones éticas

Se realizó el presente estudio en busca de un beneficio para la salud y priorizando la autonomía y la dignidad de las personas que decidieron participar en el mismo. La investigación fue de forma confidencial y anónima, solo se utilizaron los datos que se proporcionaron en la evaluación, habiendo informado de manera adecuada y completa a los participantes acerca del tópico, del objetivo del estudio y de la función del mismo. Así mismo se informó a los participantes que en caso de que se hubiera requerido del uso de datos estadísticos obtenidos para efectos de publicación en investigación, el manejo de la información continuaría siendo estrictamente anónima. Así mismo, mediante un consentimiento informado, basado en los lineamientos de la Ley General de Salud en Materia de Investigación y previamente aprobado por el Comité de Ética del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”, se hizo saber a cada participante del propósito de la investigación y del proceso y uso que se dio a la información recabada.

CAPÍTULO 7

RESULTADOS

Se identificaron un total de 51 cuidadores principales e informales de pacientes de tercera edad con fractura de cadera en el periodo comprendido entre 01 de marzo del 2018 a 28 de febrero del 2019. De los 51 sujetos identificados, se encontró que 46 (90.2%) de estos cuidadores eran mujeres y 5 (9.8%) eran hombres (Figura 1). En cuanto al sexo de los pacientes, se identificó que 39 (76.5%) de los pacientes era de sexo femenino y 12 (23.5%) de ellos era de sexo masculino (Figura 2). Adicionalmente, se encontró que la media de edad de los pacientes fue de 82.41 años, siendo el mínimo de edad de 65 años y el máximo de 88 años. De esta forma, la mayoría de los pacientes (58.8%) se consideraban bajo el grupo de adulto mayor anciano (75-84 años) (Figura 3). Con respecto a los cuidadores, la media de edad fue de 50.39 años, siendo el cuidador más joven de 28 años y el mayor de 84 años. Además, se encontró que los cuidadores reportan una media de 6.67 de horas de sueño. Por añadidura, se identificó que el 62.7% de los pacientes residirán con el cuidador principal a su egreso, contra el 37.3% que no (Figura 4).



Figura 1. Sexo de los cuidadores

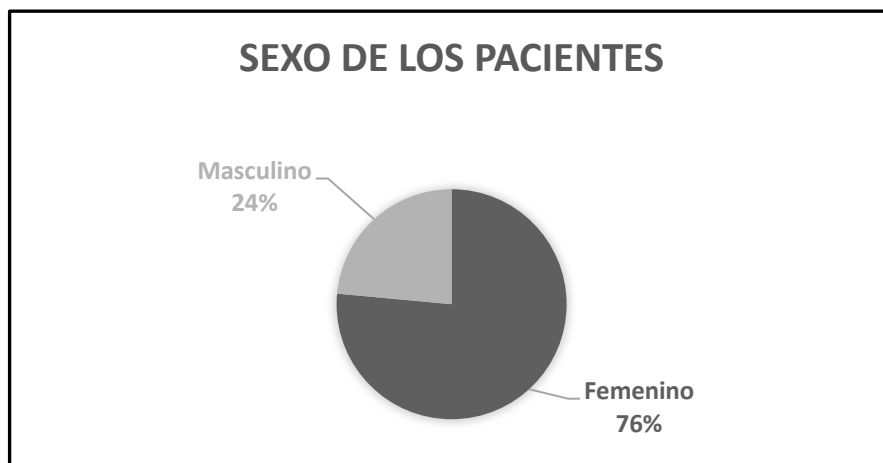


Figura 2. Sexo de los pacientes

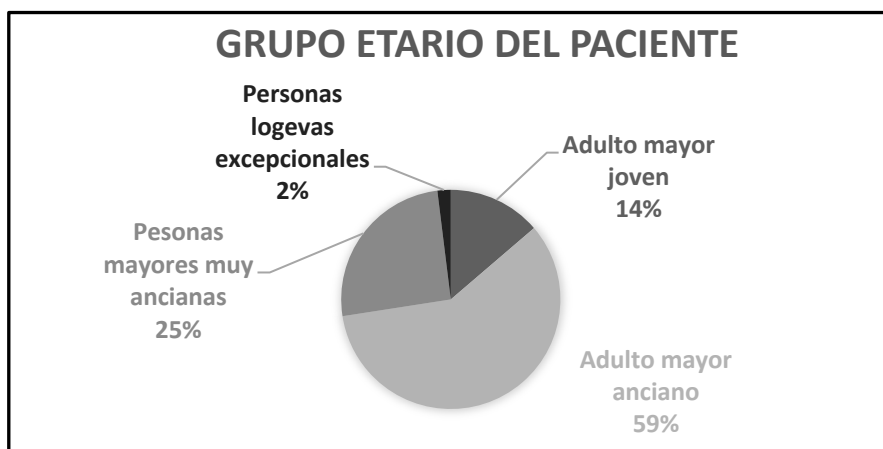


Figura 3. Grupo etario de los pacientes

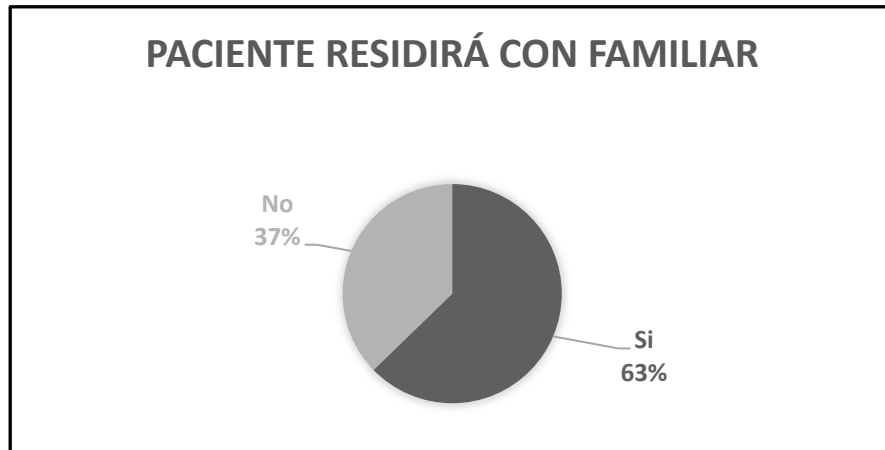


Figura 4. Paciente residirá con familiar

- *Lugar de residencia:* De la población total, el 92.2% de los cuidadores reportaron habitar en la zona metropolitana de Monterrey, el 5.9% de los cuidadores refirieron vivir en zona rural y el 2.0% reportaron ser foráneos del estado de Nuevo León (Figura 5).

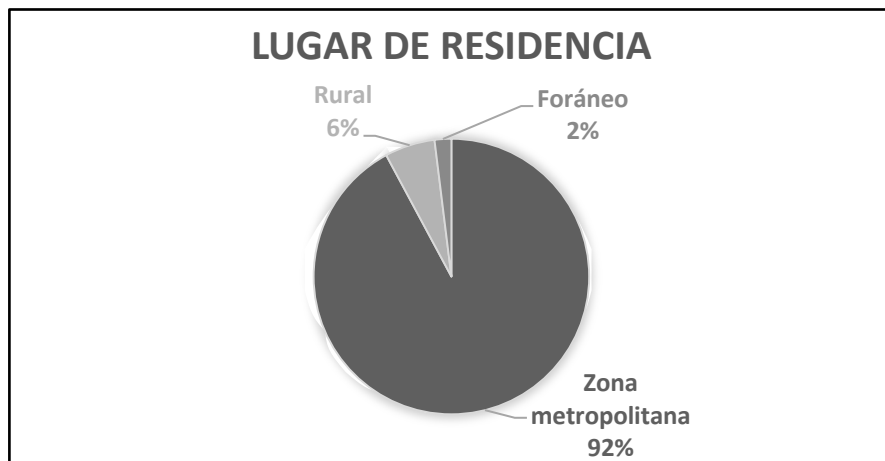


Figura 5. Lugar de residencia

- *Nivel educativo:* La mayoría de los cuidadores refirieron una escolaridad de secundaria (43.1%), el 37.3% de los cuidadores refirieron un nivel

educativo de primaria, el 17.6% reportaron haber completado la preparatoria y el 2.0% no tuvo educación (Figura 6).

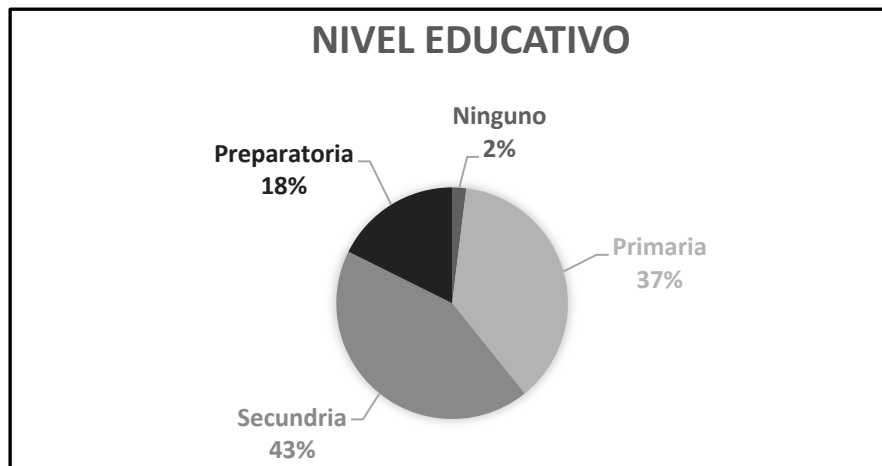


Figura 6. Nivel educativo

- *Estado civil actual:* La mayoría de los cuidadores son casados (66.7%), el 7.8% reportaron estar en una unión libre, el 7.8% están separados, el 5.9% reportaron ser divorciados, el 5.9% son viudos y otros 5.9% son solteros (Figura 7).

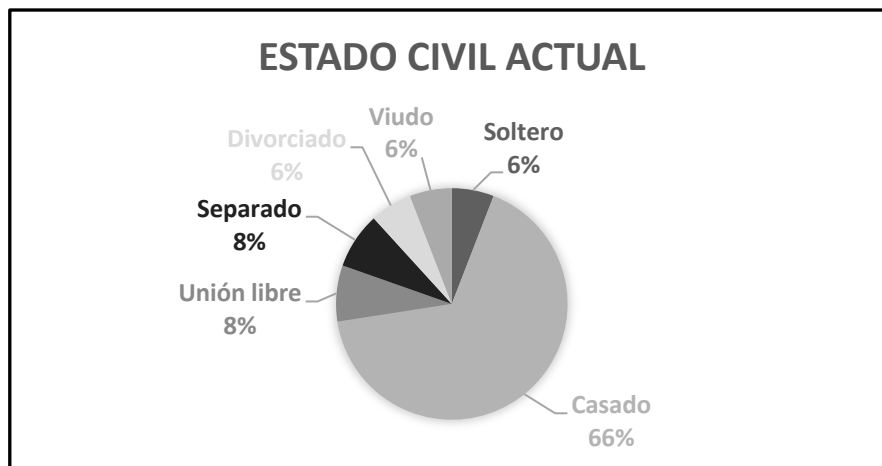


Figura 7. Estado civil actual

- *Relación de parentesco con el paciente:* Del total, el 60.8% de los cuidadores refirieron ser familiares de primer grado (hijo, conyugue o hermano) con el paciente. El 39.2%, reportaron ser familiares de segundo grado (nieto, sobrino, cuñado, o yerno/nuera) del paciente (Figura 8).

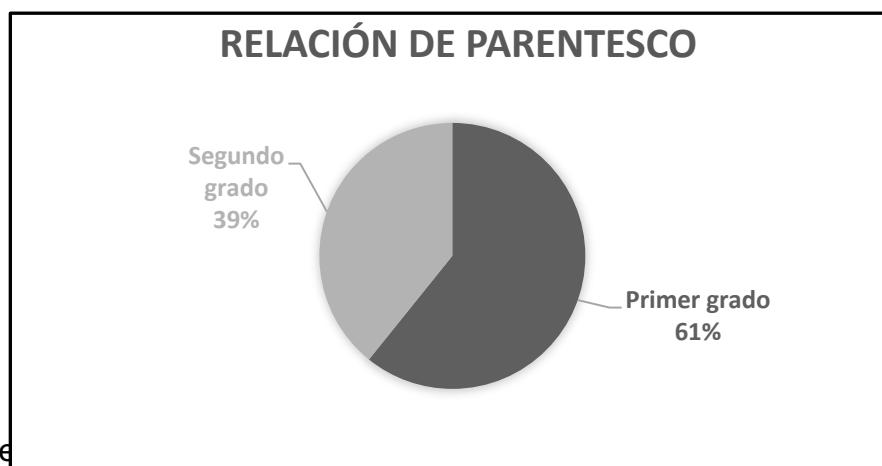


Figura 8. Relación de parentesco con el paciente

- *Numero de hijos:* El 9.8% de los cuidadores reportaron tener un hijo, el 23.5% refirieron tener dos hijos, el 15.7% reportaron tener 3 hijos y el 41.2% refirieron contar con cuatro o más hijos. Finalmente, 9.8% de los cuidadores reportaron no tener hijos (Figura 9).

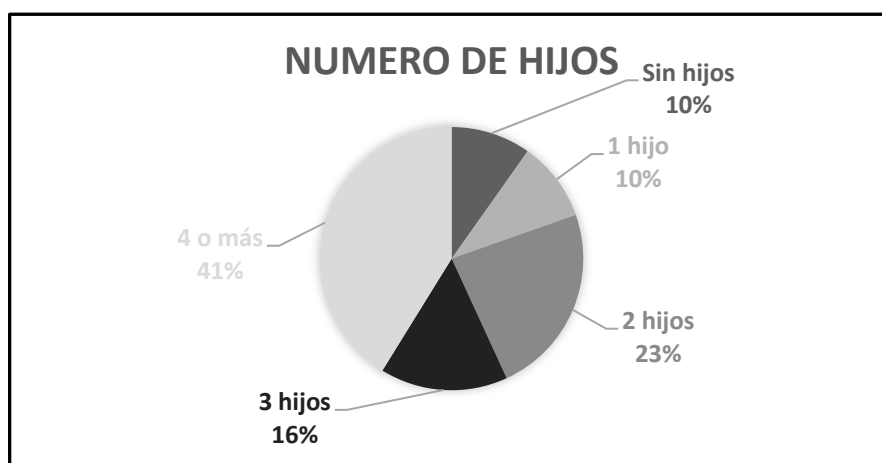


Figura 9. Numero de hijos

- *Religión/practicante*: El 72.5% de los cuidadores reportó ser practicante de alguna religión (Figura 10).

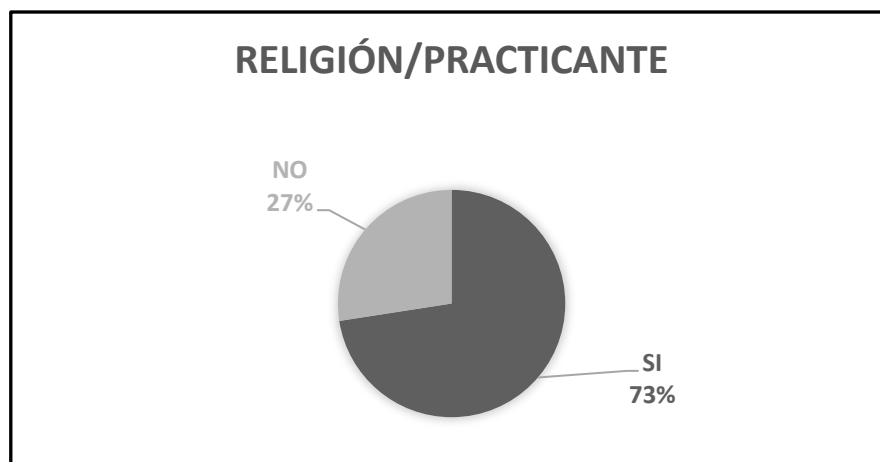


Figura 10. Religión/practicante

- *Vida social activa*: El 52.9% de los cuidadores manifestó mantener una vida social activa (Figura 11).

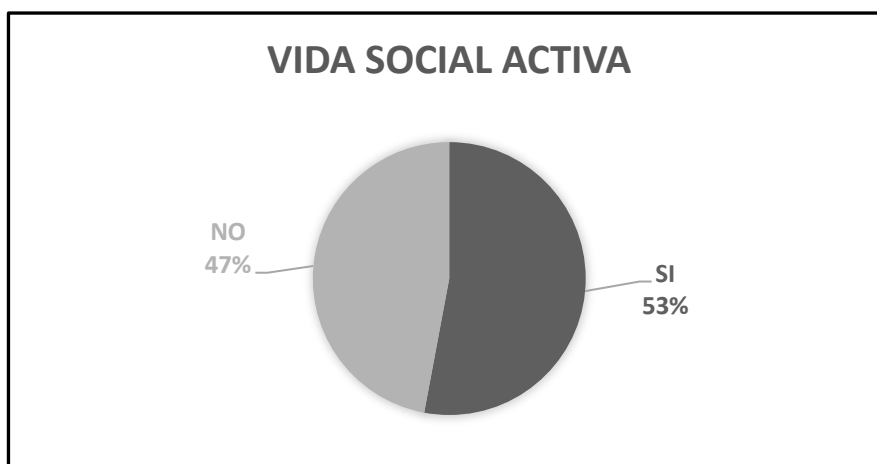


Figura 11. Vida social activa

- *Actividad física regular*: El 70.6% de los cuidadores negó realizar alguna actividad física de forma regular (Figura 12).

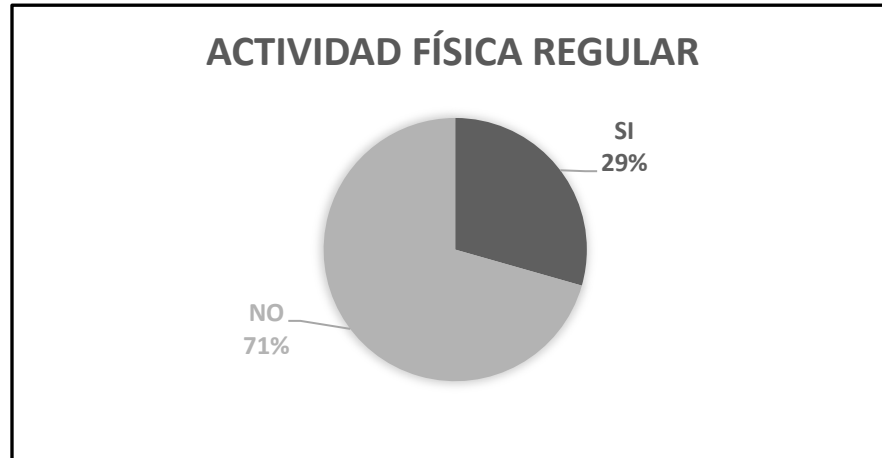


Figura 12 Actividad física regular

- *Situación laboral:* El 74.5% de los cuidadores reportó estar desempleado. Del resto de la población, el 17.6% refirió estar en un trabajo de tiempo completo, un 5.9% describió estar en un trabajo de medio tiempo y un 2% reportó estar jubilado (Figura 13).

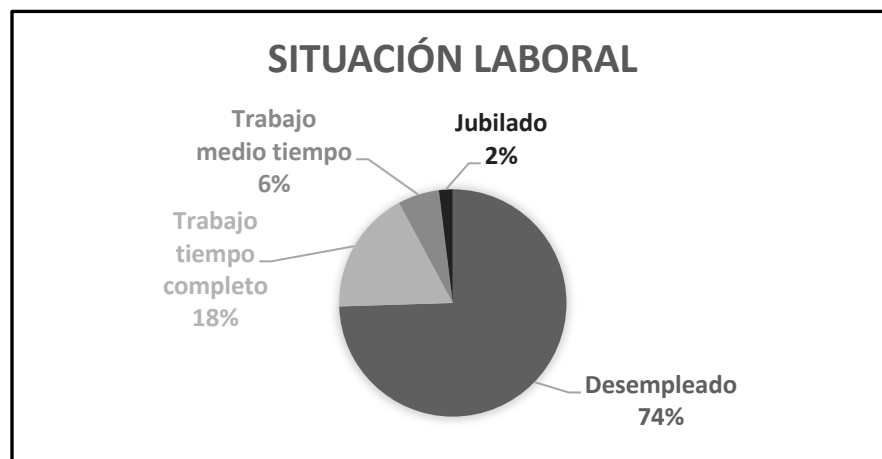


Figura 13. Situación laboral

- *Ingreso económico mensual:* El 33.3% de los cuidadores recibía un ingreso mensual entre \$3,886 a \$7,771 pesos, el 21.6% contaba con un ingreso mensual entre \$1,942 a \$3,885, un 19.6% reportó un ingreso

menos de \$1,942, mientras que otro 19.6% manifestó un ingreso entre \$7,771 a \$11,656. Solo un 5.9% de los cuidadores reportó un ingreso mensual de más de \$11,656 pesos (Figura 14).

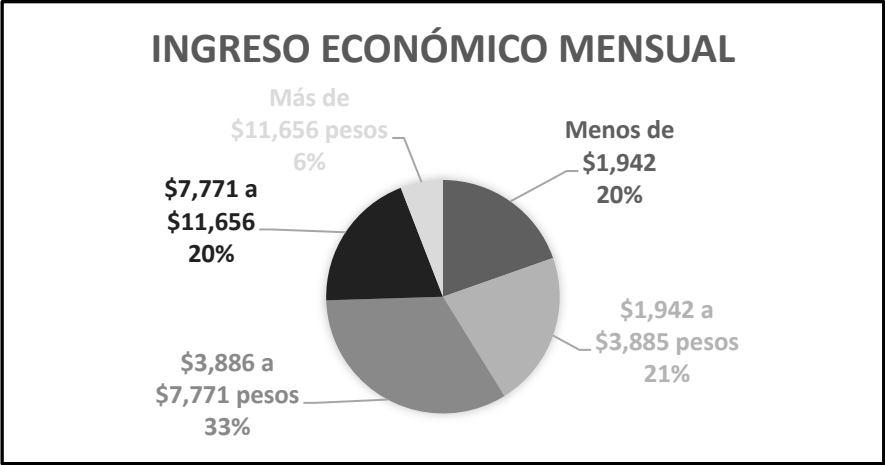


Figura 14. Ingreso económico mensual

- *Fuente principal de ingreso:* El 51% de los cuidadores recibía apoyo económico por parte de familiares, mientras que 35.3% reportó su salario de trabajo como fuente principal. Los demás cuidadores describieron apoyo social gubernamental (5.9%) y pensiones (3.9%) como fuentes de ingreso principales (Figura 15).

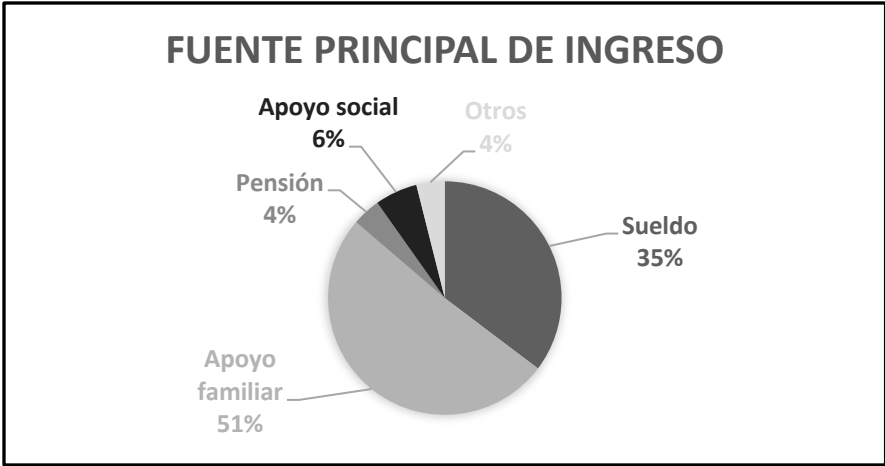


Figura 15. Fuente principal de ingreso

- *Consumo de sustancias:* La gran mayoría de los cuidadores (76.5%) negó utilizar alcohol o tabaco, sin embargo, se encontró una población que consumía alcohol (9.8%), tabaco (7.8%) y que utilizaba ambas sustancias (5.9%) (Figura 16).



Figura 16. Consumo de sustancias

En cuanto a los resultados de la *Escala para medir la habilidad de cuidado de cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica*, interpretados por medio de un análisis de tendencia central, se observa que los cuidadores familiares reportan una media de habilidad de cuidado total de 143.80 (puntaje máximo posible de 188), con una desviación estándar de 17.275 y una mediana de 148.00 en donde el máximo puntaje fue de 172.00 y el menor de 86.00 puntos, en donde a mayor puntaje, mayor habilidad de cuidado (Tabla 4). El sub-análisis de las tres dimensiones que componen la escala utilizada indica:

- *Relación:* una media de 62.47, con una desviación estándar de 8.55 y puntajes en el rango de 40 a 79 puntos, con una moda de 58 y una mediana de 64.

- *Comprensión*: una media de 57.82, con una desviación estándar de 8.05, con puntajes que van desde los 33 a 68 puntos, con una moda de 62 y una mediana de 60.
- *Cambio en la rutina*: una media de 23.51, teniendo una desviación estándar de 3.58 y puntajes en el rango de 13 a 31 puntos, con una moda de 25 y una mediana de 24.

Tipos de Habilidades	<i>M</i>	<i>DE</i>	Mínimo	Máximo	Moda	Mediana
Relación	62.47	8.55	40	79	58	64
Comprensión	57.82	8.05	33	68	62	60
Cambio en la rutina	23.51	3.58	13	31	25	24
Habilidad total	143.80	17.27	86	172	148	148

Nota: $n = 51$; M = Media; DE = Desviación del estándar

Tabla IV. Resultados estadísticos de la escala

Característica	Población total (N=51)	
	#	%
Sexo de los cuidadores		
Masculino	5	9.8
Femenino	46	90.2
Sexo de los pacientes		
Masculino	12	23.5
Femenino	39	76.5
Grupo etario del paciente		
Adulto mayor joven (60-74)	7	13.7
Adulto mayor anciano (75-84)	30	58.8
Personas mayores muy ancianas (85-94)	13	25.5
Personas longevas excepcionales (95-100)	1	2
Paciente residirá con familiar		
Si	32	62.7
No	19	37.3
Lugar de residencia		
Zona metropolitana	47	92.2
Rural	3	5.9
Foráneo	1	2
Escolaridad		
Ninguno	1	2
Primaria	19	37.3
Secundaria	22	43.1
Preparatoria	9	17.6
Estado civil		
Soltero	3	5.9
Casado	34	66.7
Unión libre	4	7.8
Separado	4	7.8
Divorciado	3	5.9
Viudo	3	5.9
Parentesco con paciente		
Primer grado	31	60.8
Segundo grado	20	39.2

(Tabla V continúa a la siguiente página)

Número de hijos		
Sin hijos	5	9.8
1 hijo	5	9.8
2 hijos	12	23.5
3 hijos	8	15.7
4 o más hijos	21	41.2
Religión		
Si	37	72.5
No	14	27.5
Vida social activa		
Si	27	52.9
No	24	47.1
Actividad física regular		
Si	15	29.4
No	36	70.6
Situación laboral		
Desempleado	38	74.6
Jubilado/Pensionado	1	2
Trabajo de tiempo completo	9	17.6
Trabajo de medio tiempo	3	5.9
Ingreso económico mensual		
<\$1,942	10	19.6
\$1,942 a \$3,885	11	21.6
\$3,886 a \$7,771	17	33.3
\$7,771 a \$11,656	10	19.6
>\$11,656	3	5.9
Fuente principal de ingreso económico		
Sueldo	18	35.3
Apoyo de familiares	26	51
Pensión por jubilación	2	3.9
Apoyo social	3	5.9
Otros	2	3.9
Consumo de sustancias		
Cigarro	4	7.8
Alcohol	5	9.8
Ninguna	39	76.5
Ambas	3	5.9

Tabla V. Resumen de características sociodemográficas de cuidadores

CAPÍTULO 8

DISCUSIÓN

Los resultados del estudio revelan un estado de vulnerabilidad socioeconómica y falta de preparación para el cuidado en familiares de ancianos con fractura de cadera secundaria a caída. Es importante resaltar que la presente investigación debe ser considerada como una contribución inicial orientada hacia la creación de intervenciones específicas para los cuidadores informales mexicanos responsables de la atención de adultos mayores con la patología descrita. Nuestros hallazgos contribuyen al conocimiento de las características de este grupo de cuidadores en nuestra población, de los cuales existen datos insuficientes (27,28). En comparación con estudios similares, el promedio de edad de nuestra población, de 50.39 años, se encuentra dentro del rango reportado en otras poblaciones y coincidió con la predominancia del género femenino en el rol de cuidador informal; destaca que nuestra población muestra un nivel educativo menor que los reportes de países desarrollados (17,29–32). El cuidado otorgado por cuidadoras mujeres se ha asociado a mejores resultados en pacientes con fractura de cadera, además de evidencia a favor de mejores habilidades de cuidado por parte de las mujeres, y mayor capacidad de asistir al enfermo en tareas de cuidado personal (28). Según Trujillo, la brecha de género y parentesco observados en nuestra población pudieran entenderse a partir de las hipótesis de que la elección del cuidador sigue un patrón jerárquico entre los miembros de una familia, tendiendo a ser la pareja (esposa u esposo) el cuidador

principal (28). Sin embargo, la gran mayoría de los cuidadores entrevistados resultaron ser hijas de los pacientes, lo que pudiera estar asociado a creencias culturales y de roles de género en las obligaciones filiales (32,33). El cuidado de los padres en la vejez es una tarea central en la cultura hispanoamericana, donde existe un fuerte sentido de obligación por parte de los hijos para corresponder al cuidado previamente recibido (34). El cuidado informal provisto por las hijas se ha asociado con una reducción en la probabilidad de presentar un deterioro funcional en las actividades cotidianas en los adultos mayores, aunque el cuidado informal no influye en la tasa de supervivencia o en el deterioro en la salud de ancianos afectados por caídas (28).

La conversión repentina de los familiares en cuidadores puede ser una tarea abrumante que exige un amplio número de ajustes en la vida del familiar que van desde proveer asistencia física a financiera, y cambios en la vivienda y dinámica familiar (17). Las responsabilidades del cuidado por si solas pueden afectar a otros miembros de la familia nuclear del cuidador, debido a los cambios en el entorno para favorecer al paciente en casa (17,28). El 90.2% de nuestra muestra reportó tener uno o más hijos, lo que sugiere un incremento en las tareas familiares a partir del rol adquirido como cuidador y una redistribución de la atención del cuidador; intervenciones familiares breves pueden beneficiar el proceso adaptativo (17,34,35).

Aunque los nuevos cuidadores pudieran anticipar en el periodo inmediato al evento agudo que la fractura resultará un punto de quiebre en sus vidas, predecir la carga económica para el cuidador es una tarea difícil para éste (17,35). El tratamiento de la fractura, la transición del sitio de cuidado del hospital

a la casa, y el proceso de rehabilitación suelen ser tareas logradas a expensas de la salud financiera de la familia (36). Aun y cuando la mayoría de los sujetos reclutados habitan en Nuevo León, el estado con los menores índices de pobreza en México, 94.1% de nuestra muestra reportó ingresos mensuales inferiores a \$11,290.88 pesos mexicanos, cantidad considerada como límite superior de indicador de pobreza por el CONEVAL (Comisión Nacional para la Evaluación de Políticas de Desarrollo Social) (37). Por lo anterior, es posible asumir que el cuidado de los ancianos con fractura de cadera secundaria a caída traerá consigo dificultades financieras que pudieran impedir una recuperación completa en el proceso de rehabilitación.

Los resultados de nuestro estudio revelan una duración total de sueño por debajo de las 8 horas diarias recomendadas (Media= 6.67 horas por noche) en familiares previo a convertirse en cuidadores primarios; no se encontraron estudios de la calidad de sueño en los cuidadores previo a la fractura. Tomando en consideración que la pobre calidad de sueño y el impacto negativo en cuidadores y pacientes ha sido ampliamente descrito, las alteraciones en el sueño en los cuidadores previo al accidente pueden tener un valor predictivo positivo de futuros problemas en las habilidades de cuidado y ocurrencia de desgaste y eventos adversos en la díada cuidador-paciente (38).

La medición de las habilidades de cuidado de los cuidadores de los sujetos con fractura de cadera indicó una media evidentemente por debajo del puntaje máximo posible (143.80 de 188 puntos posibles). Lo anterior retrata una realidad preocupante, tomando en consideración que distintos estudios han reportado una tendencia de los cuidadores a magnificar sus habilidades de cuidado al ser

evaluados previo al inicio de su función como cuidador (35,36,39). Como se mencionó previamente, solo se identificó un estudio mexicano que evaluaba las habilidades de los cuidadores familiares y que, coincidentemente, fue realizado en nuestro mismo hospital, y por ende en población de la misma región, por Ramírez en 2012 (23). Similar a nuestro estudio, Ramírez describe un predominio del sexo femenino, bajo grado de escolaridad e hija como parentesco principal en la población estudiada de cuidadores familiares, lo que podría orientar hacia la construcción de un prototipo del cuidador informal del noreste de México, región caracterizada por un mayor desarrollo económico y urbano que el resto del país (23,40).

Adicionalmente, Ramírez encontró que el puntaje total en habilidad de cuidado de su grupo de estudio consistió en una media de 73.23 y con una desviación estándar de 8.63. El puntaje máximo que obtuvo fue de 87.70 y el mínimo de 39.55 puntos (23). Si se comparan estos resultados a los de nuestra población, los puntajes sugieren que, por lo general, nuestros cuidadores reportan mejores habilidades de cuidado que aquellos descritos por el estudio de Ramírez. Asimismo, la media del puntaje total obtenida en nuestra población sugiere que los cuidadores informales de los adultos mayores con fractura de cadera secundaria a caída asumen, en la etapa aguda, una actitud positiva hacia las labores de cuidado y a los cambios en la rutina consecuentes a la enfermedad. Lo anterior pudiera ser un indicador de buen pronóstico para la recuperación y rehabilitación de los enfermos y pudiera fungir como contrapeso a los datos de vulnerabilidad socioeconómica hallados en nuestro grupo de sujetos estudiados.

El estudio tiene ciertas limitaciones. Las condiciones agudas del paciente y el estrés del entorno hospitalario pudieron influir en las respuestas de los sujetos a la *Escala para medir la habilidad de cuidado de cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica* e incluso el desconocimiento de la severidad del cuadro pudiera influir en una magnificación de las habilidades de cuidado, otorgando una perspectiva poco realista. Además, la escala no ha sido validada al español hablado en México, lo que pudiera haber dificultado la comprensión de la apreciación de los coloquialismos colombianos. Otra limitación es que la cohorte de sujetos era en su mayoría de la misma área geográfica y contexto socioeconómico, lo que pudiera no representar la heterogeneidad de la población mexicana. Es recomendable la aplicación de esta escala en poblaciones de distintas áreas geográficas de México, así como en cuidadores familiares de pacientes con esta patología, pero en distintas etapas del proceso de recuperación.

CAPÍTULO 9

CONCLUSIÓN

Nuestro estudio ofrece una perspectiva del contexto sociodemográfico y económico de los cuidadores informales, además de una evaluación de las habilidades para el cuidado de pacientes con fractura de cadera secundaria a caída. Consideramos que hay un conocimiento insuficiente del proceso de recuperación posterior a una fractura de cadera y una necesidad de mejorar la coordinación en la transición entre sitios de cuidado (hospital a casa). Los múltiples obstáculos a los que se enfrentan los pacientes fracturados pueden ser agravados por la falta de preparación económica y social para hacer frente a la carga asociada al cuidado. Los costos monetarios y riesgos de salud para los cuidadores deben ser tomados en consideración por el equipo médico. Alcanzar un balance entre las responsabilidades del cuidado y el autocuidado del cuidador puede ser posible cuando la díada paciente-cuidador está adecuadamente informada de la severidad y pronóstico de las fracturas de cadera secundarias a caída y son provistas por entrenamiento para el cuidado, disminuyendo así el potencial de complicaciones asociadas con la vulnerabilidad socioeconómica de nuestra población.

BIBLIOGRAFÍA

1. Parker MJ. Hip fractures in the elderly. Surgery [Internet]. 2010;28(10):483–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.mpsur.2010.07.009>
2. Avila MAG de, Pereira GJC, Bocchi SCM, Avila MAG de, Pereira GJC, Bocchi SCM. Cuidadores informais de idosos em pós-operatório de cirurgia de fêmur proximal: prevenção de novas quedas. Cien Saude Colet [Internet]. 2015 Jun [cited 2017 Oct 9];20(6):1901–7. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000601901&lng=pt&tlng=pt
3. Pareja Sierra T, Bartolomé Martín I, Rodríguez Solís J, Bárcena Goitiandia L, Torralba González de Suso M, Morales Sanz MD, et al. Predictive factors of hospital stay, mortality and functional recovery after surgery for hip fracture in elderly patients. Rev Esp Cir Ortop Traumatol [Internet]. 2017; Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.recot.2017.06.002>
4. Wajnberg A, Soones TN, Smith KL, Russell D, Ross JS, Federman A. Identifying Sociodemographic Characteristics Associated With Burden Among Caregivers of the Urban Homebound. Gerontol Geriatr Med [Internet]. 2016;2:233372141666787. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/2333721416667878>
5. Holmes JD, House AO. Psychiatric illness in hip fracture. Age Ageing. 2000;29(6):537–46.
6. Lucio LN, Alejandro E, Cortés Z, Reséndiz A. Consideraciones epidemiológicas de las fracturas del fémur proximal. Ortho-tips.

2012;8(2):135–9.

7. Slaikeu K. Intervención en Crisis: Manual para práctica e investigación. 1988;313.
8. Soto K, Mendoza E, Olvera S. Calidad de vida del cuidador primario de pacientes con dependencia grave. 2014.
9. Brito Vieira C. Praticas do cuidador informal do idoso no domicilio. Rev Bras Enferm [Internet]. 2011;64(3):570–9. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267019943023>
10. Leite BS, Camacho ACLF, Joaquim FL, Gurgel JL, Lima TR, Queiroz RS de. Vulnerability of caregivers of the elderly with dementia: a cross-sectional descriptive study. Rev Bras Enferm [Internet]. 2017 Aug [cited 2017 Oct 9];70(4):682–8. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000400682&lng=en&tlng=en
11. Rocha SA, Avila MAG de, Bocchi SCM, Rocha SA, Avila MAG de, Bocchi SCM. Influência do cuidador informal na reabilitação do idoso em pós-operatório de fratura de fêmur proximal. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2016 [cited 2017 Oct 9];37(1). Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472016000100502&lng=pt&tlng=pt
12. Cardoso L, Vieira MV, Ricci MAM, Mazza RS. Perspectivas atuais sobre a sobrecarga do cuidador em saúde mental. Rev da Esc Enferm da USP [Internet]. 2012 Apr [cited 2017 Oct 22];46(2):513–7. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-

62342012000200033&lng=pt&tlng=pt

13. Cláudia A, Cristiane C, Kottwitz B. Association between the functional capacity of dependant elderly people and the burden of family caregivers. 2015;36(1):14–20.
14. Kochar J, Fredman L, Stone KL, Cauley JA. Sleep problems in elderly women caregivers depend on the level of depressive symptoms: Results of the caregiver-study of osteoporotic fractures. J Am Geriatr Soc. 2007;55(12):2003–9.
15. Cameron JI, Chu LM, Matte A, Tomlinson G, Chan L, Thomas C, et al. One-Year Outcomes in Caregivers of Critically Ill Patients. N Engl J Med [Internet]. 2016;374(19):1831–41. Available from: <http://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa1511160>
16. Huang HC, Lee CH, Wu SL. Hip protectors: A pilot study of older people in Taiwan. J Clin Nurs. 2006;15(4):436–43.
17. Nahm E-S, Resnick B, Orwig D, Magaziner J, DeGrazia M. Exploration of Informal Caregiving Following Hip Fracture. Geriatr Nurs (Minneap). 2012;100(2):130–4.
18. Cardoso L, Vieira MV, Ricci MAM, Mazza RS. Perspectivas atuais sobre a sobrecarga do cuidador em saúde mental. Rev da Esc Enferm da USP [Internet]. 2012 Apr [cited 2017 Oct 17];46(2):513–7. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000200033&lng=pt&tlng=pt
19. Watson J. Assessing and Measuring Caring in Nursing and Health Sciences. New York Springer Publishing Company. 2011. 117–120 p.

20. Mendoza J. Habilidad de cuidado y carga de cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica. Repos UN [Internet]. 2016;95. Available from: <http://www.bdigital.unal.edu.co/55798/>
21. Mercado M. Barrera L. Confiabilidad del instrumento “habilidad de cuidado de cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas.” Av en Enfermería. 2013;31(2):12–20.
22. Barrera L, Blanco L, Figueroa I, Pinto N, Sanchez B. Habilidad de cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica. Mirada internacional. Aquichan. 2006;6(1):22–3.
23. Ramírez G. Conocimientos y habilidades de los cuidadores de adultos con diabetes tipo 2. Universidad Autónoma de Nuevo León. 2012.
24. Siddiqui MQ, Sim L, Koh J, Fook-Chong S, Tan C, Howe T Sen. Stress levels amongst caregivers of patients with osteoporotic hip fractures - a prospective cohort study. Ann Acad Med Singapore [Internet]. 2010;39(1):38–42. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20126813>
25. Cameron JI, Chu LM, Matte A, Tomlinson G, Chan L, Thomas C, et al. One-Year Outcomes in Caregivers of Critically Ill Patients. N Engl J Med [Internet]. 2016;374(19):1831–41. Available from: <http://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa1511160>
26. Ariza-Vega P, Ortiz-Piña M, Kristensen MT, Castellote-Caballero Y, Jiménez-Moleón JJ. High perceived caregiver burden for relatives of patients following hip fracture surgery. Disabil Rehabil [Internet]. 2017;0(0):1–8. Available from:

<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09638288.2017.1390612>

27. CONAMED. Tasa intrahospitalaria de fracturas de cadera en adultos de 65 años o más ocurridas en los hospitales de la Secretaría de Salud. 2017.
28. Trujillo AJ, Mroz TA, Piras C, Angeles G, Tran N. Caregiving and Elderly Health in Mexico. *Int J Heal Serv*. 2012;42(4):667–94.
29. De Valle-Alonso MJ, Hernández-López IE, Zúñiga-Vargas ML, Martínez-Aguilera P. Sobrecarga y Burnout en cuidadores informales del adulto mayor. *Enfermería Univ* [Internet]. 2015;12(1):19–27. Available from: <http://www.revista-enfermeria.unam.mx/ojs/index.php/enfermeriauniversitaria/article/view/153>
30. Giosa JL, Stolee P, Dupuis SL, Mock SE, Santi SM. An examination of family caregiver experiences during care transitions of older adults. *Can J Aging*. 2014;33(2):137–53.
31. Hounsell C, Jed Johnson W, Seals Carol Levine E, Stein R, Vuckovic N, Donna Wagner I, et al. Caregiving in the U.S. – AARP 2015 Report. 2015.
32. Mendez-Luck CA, Kennedy DP, Wallace SP. Guardians of health: The dimensions of elder caregiving among women in a Mexico City neighborhood. *Soc Sci Med*. 2009;68(2):228–34.
33. Robles L, Pérez A. Expectativas sobre la obligación filial: comparación de dos generaciones. *Rev Latinoam Ciencias Soc Niñez y Juv* [Internet]. 2012;10(1):527–40. Available from: <http://ezproxy.uniandes.edu.co:8080/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=catt00683a&AN=udla.283395&lang=es&site=eds-live&scope=site>

34. Evans BC, Belyea MJ, Coon DW, Ume E. Activities of Daily Living in Mexican American Caregivers: The Key to Continuing Informal Care. *J Fam Nurs*. 2012;18(4):439–66.
35. Elli S, Contro D, Castaldi S, Fornili M, Ardoino I, Caserta A V., et al. Caregivers' misperception of the severity of hip fractures. *Patient Prefer Adherence*. 2018;12:1889–95.
36. Shyu YIL, Chen MC, Wu CC, Cheng HS. Family caregivers' needs predict functional recovery of older care recipients after hip fracture. *J Adv Nurs*. 2010;66(11):2450–9.
37. Dirección de información y comunicación social. CONEVAL: Evolución de la Pobreza 2010-2016 [Internet]. 2016. Available from: <https://www.coneval.org.mx/SalaPrensa/Comunicadosprensa/Documents/Comunicado-09-Medicion-pobreza-2016.pdf>
38. Byun E, Lerdal A, Gay CL, Lee KA. How Adult Caregiving Impacts Sleep: A Systematic Review. *Curr Sleep Med Reports* [Internet]. 2016;2(4):191–205. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s40675-016-0058-8>
39. Lin P, Lu C. Hip fracture : family caregivers' burden and related factors for older people in Taiwan. *J Clin Nurs*. 2005;14:719–26.
40. González Galbán H, Vela González R, Navarro Ornelas AM. Características sociodemográficas del asentamiento poblacional en la frontera norte de México. *Rev Int Estadística y Geogr*. 2018;9(1):4–17.

APÉNDICES

APÉNDICE A

CUESTIONARIO SOBRE CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

APÉNDICE A

CUESTIONARIO SOBRE CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Cuestionario para evaluación del perfil psicosocial

Nombre (iniciales): _____

Número de Registro: _____

Fecha de realización: _____

1) ¿Cuántos años tiene?

2) Género:

- a. Mujer
- b. Hombre

3) ¿El paciente va a vivir con usted a su egreso médico?

- a. Sí
- b. No

4) ¿En qué municipio reside actualmente?

5) Escolaridad:

- a. Ninguno
- b. Primaria
- c. Secundaria
- d. Preparatoria
- e. Profesional
- f. Posgrado

6) ¿Cuál es su estado civil?:

- a. Soltero(a)
- b. Casado(a)
- c. Unión libre
- d. Separado(a)
- e. Divorciado (a)
- f. Viudo(a)

7) ¿Qué relación de parentesco tiene con el paciente?

8) ¿Cuántos hijos o hijas tiene?:

- a. Sin hijos
- b. 1 hijo
- c. 2 hijos
- d. 3 hijos
- e. 4 o más hijos

9) ¿Practica activamente alguna religión (por ejemplo acude a algún templo o reza con frecuencia, considera su religión como algo fundamental en su vida)?

- a. Sí
- b. No

10) ¿Considera usted que lleva una vida social activa?

- a. Sí
- b. No

11) ¿Realiza algún deporte o actividad física con frecuencia (dos o más días a la semana)?

- a. Sí
- b. No

12) ¿Cuántas horas duerme por las noches?

13) ¿Cuál es su situación laboral actual?

- a. Desempleado(a)
- b. Jubilado(a)
- c. Trabajo de tiempo completo
- d. Trabajo de medio tiempo

14) ¿Cuál es el ingreso total que perciben mensualmente usted y su familia?

- a. Menos de \$1,942.00 pesos
- b. \$1,942.00 a \$3,885.00 pesos
- c. \$3,886.00 a \$7,771.00 pesos
- d. \$7,771.00 a \$11,656.00 pesos
- e. Más de \$11,656.00 pesos

15) Señale su principal fuente de ingreso económico:

- a. Sueldo o remuneración laboral
- b. Apoyo económico de familiares
- c. Pensión por jubilación
- d. Apoyo económico social (organismos gubernamentales, asociaciones civiles)
- e. Otros

16) Señale si consume, más de una vez a la semana, alguna de las siguientes sustancias:
(señale más de una opción, en caso de que aplique)

- a. Cigarros/tabaco
- b. Alcohol
- c. Ninguno

APÉNDICE B

ESCALA PARA MEDIR LAS HABILIDADES DE CUIDADO DE CUIDADORES

FAMILIARES DE PERSONAS CON ENFERMEDAD CRÓNICA

APÉNDICE B

ESCALA PARA MEDIR LAS HABILIDADES DE CUIDADO DE CUIDADORES

FAMILIARES DE PERSONAS CON ENFERMEDAD CRÓNICA

	RELACIÓN	Nunca	Pocas veces	Con frecuencia	Siempre
1	Me han brindado la información necesaria sobre la enfermedad y el tratamiento de mi familiar para cuidarlo adecuadamente				
2	Me ha preocupado la manera como se comporta mi familiar enfermo				
3	He podido resolver las situaciones de cuidado de mi familiar sin miedo a equivocarme				
4	Me preocupa no poder responder como lo espera mi familiar enfermo				
5	Me He sentido valorado y reconocido con mi labor de cuidado				
6	Siento que he sido capaz de solucionar los problemas de cuidado de mi familiar enfermo				
7	He buscado enriquecerme con la experiencia de otros cuidadores.				
8	La experiencia de otras personas me ha sido útil para mejorar el cuidado que doy a mi familiar				
9	He logrado experiencias útiles con otros cuidadores				
10	He sentido cansancio físico por las responsabilidades de cuidado que asumo				
11	He sentido que cuidar a mi familiar es demasiada responsabilidad para mí				
12	He percibido que el dinero destinado al cuidado de mi familiar es insuficiente				
13	He sentido que no puedo responder por el cuidado de mi familiar				
14	He tenido limitaciones para brindar un buen cuidado a mi familiar				
15	He requerido de la ayuda de otro para cuidar a mi familiar				
16	Me ha sido difícil ocuparme en otras actividades diferentes al cuidado de mi familiar				
17	He buscado personas que me ayudan a cuidar bien a mi familiar				
18	Mi salud ha pasado a un segundo plano frente a la de mi familiar enfermo.				
19	La atención de las necesidades de mi familiar han estado primero que las mías				
20	He decidido vivir momentos importantes para mí, además de cuidar a mi familiar enfermo				
21	He buscado apoyo en otras personas para mejorar el cuidado que le doy a mi familiar enfermo				
22	He buscado ayuda en el personal de salud para cuidar mejor el cuidado que le doy a mi familiar enfermo				
23	La fe en un ser superior me ha ayudado a cuidar mejor a mi familiar				
	COMPRENSIÓN	Nunca	Pocas veces	Con frecuencia	Siempre

24	He podido entender a mi familiar cuando tiene actitudes o comportamientos complicados				
25	He entendido el proceso de enfermedad por el que pasa mi familiar				
26	Me ha quedado claro el tratamiento y las recomendaciones que le han ordenado a mi familiar				
27	Me he sentido tranquilo con la ayuda que me ofrecen personas cercanas para cuidar a mi familiar				
28	Me he sentido satisfecho con la manera como cuido a mi familiar				
29	He compartido con otras personas lo que siento sobre mi labor de cuidador				
30	He podido organizar los quehaceres y los compromisos diarios para cuidar a mi familiar				
31	He contado con el apoyo de otras personas para organizar los cuidados que requiere mi familiar				
32	He comprendido que debo estar presente en los momentos que mi familiar enfermo me ha necesitado				
33	He tenido claro que hacer con mi vida cuando pienso en la muerte de mi familiar enfermo				
34	He pensado y reflexionado sobre como cuidarme mientras cuido a mi familiar enfermo				
35	He logrado tener la paciencia requerida para cuidar a mi familiar enfermo				
36	Valoro que la vida es importante gracias a la experiencia que he adquirido con el cuidado de mi familiar				
37	Estoy agradecido con las ayudas que me han dado para el cuidado de mi familiar				
38	Me he sentido con la fuerza necesaria para seguir adelante con el cuidado de mi familiar				
39	He sentido que el cuidado que le doy a mi familiar está bien hecho				
40	He recibido agradecimientos por parte de mis seres queridos por la labor de cuidado que hago				
	CAMBIO EN LA RUTINA	Nunca	Pocas veces	Con frecuencia	Siempre
41	Me he sentido tranquilo por el deber cumplido respecto al cuidado de mi familiar				
42 ¹	Me he sentido capaz de ayudar a otros cuidadores de familiares enfermos				
43	He dejado de frecuentar a mis amigos y mis seres queridos por quedarme cuidando a mi familiar				
44	Las tareas de personas cercanas han cambiado por cuidar a mi familiar				
45	He sentido que el tiempo no me alcanza para cumplir con lo que tengo que hacer, aparte de cuidar a mi familiar				
46	He enseñado a otros cuidadores lo que he aprendido del cuidado de mi familiar				
47	He aplicado lo que he aprendido sobre el cuidado con mi familiar enfermo				
48	He sentido que mi vida ha cambiado positivamente con la experiencia del cuidado de mi familiar				

RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO

Andrés Gerardo Barragán Rodríguez

Candidato para el Grado de
Maestría en Psicoterapia Clínica y Hospitalaria

TESIS: EVALUACIÓN DEL PERFIL PSICOSOCIAL DEL CUIDADOR
PRINCIPAL DEL ADULTO MAYOR INGRESADO POR FRACTURA DE
CADERA SECUNDARIA A CAÍDA

Campo de Estudio: Psicología Clínica y Psicoterapia

Biografía:

Datos personales: Nacido en Monterrey, Nuevo León el 21 de junio de 1993, hijo de Alfonso Javier Barragán Trevino y Concepción Eugenia Rodríguez García.

Educación: Egresado de la licenciatura en Psicología y de la licenciatura en Filosofía, las cuales curso en Suffolk University, en Boston Massachusetts, Estados Unidos con distinción honorífica "Summa Cum Laude".

Experiencia profesional: Estudio un diplomado en Pruebas Psicológicas para Adultos en el Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario "Dr. Jose Eleuterio Gonzalez" del 2016 al 2017. En el 2015, estando en Boston, estuvo trabajando como asistente de investigación en el centro de Psychiatric Neurodevelopmental Genetics Unit del Massachusetts General Hospital.